



Universidad Nacional del Nordeste
Instituto de Servicios Sociales

ANEXO DISPOSICION N°
1381CORRIENTES, 19 AGOSTO 2022

Corrientes,de 20....

Señora Delegada Rectoral del I.S.S.U.N.N.E
Dra Rocío Cardozo
S/D

De mi mayor consideración:

El/ La que suscribe.....
DNI N°.....Agente de la Facultad/Instituto.....Antigüedad.....
se dirige a Ud. y por su intermedio a quien corresponda con el objeto de solicitar la cobertura de
el/los medicamento/s de alto costo prescriptos a,
(afiliado titular/adherente) para lo cual acompaño:

**FORMULARIO DE SOLICITUD DE COBERTURA DE MEDICAMENTOS DE ALTO
COSTO**, para: *(especifique con una X lo que corresponda)*

Oncológico No oncológico

- a- INICIO DEL TRATAMIENTO:.....
- b- SEGUIMIENTO DEL TRATAMIENTO:.....
- c- CAMBIO DE MEDICACIÓN:.....

Sin otro particular saludo a Usted muy atentamente.

DOMICILIO:.....

CUIL/CUIT N°:.....**Tel.:**.....

Correo electrónico:.....

OBSERVACIONES:

.....

Firma Afiliado Titular

Dirección de Servicios Sociales:

En la fecha se adjunta constancia de afiliación a fjs.....



INSTITUTO DE SERVICIOS SOCIALES DE LA UNIVERSIDAD NACIONAL DEL NORDESTE
FORMULARIO DE SOLICITUD DE COBERTURA DE MEDICAMENTOS DE ALTO COSTO
PARA CAMBIO DE TRATAMIENTO FARMACOLOGICO
(INCLUYE USO ONCOLÓGICO y NO ONCOLÓGICO)

Nombre y Apellido del Afiliado:Edad:.....

* **IMPORTANTE:** TODOS LOS CAMPOS SON OBLIGATORIOS

NINGUNO DE ESTOS MEDICAMENTOS PUEDEN SER ADQUIRIDOS EN FARMACIA EXTERNA SIN AUTORIZACIÓN PREVIA DE LA AUTORIDAD COMPETENTE.

Reseña de antecedentes personales y patológicos relevantes. Diagnóstico del paciente.
Tiempo de Evolución de la Enfermedad:
Fecha de inicio de tratamiento farmacológico
Evolución Terapéutica del cuadro clínico, con el/los fármaco/s prescripto/s anteriormente <i>(Toda información relacionada con tratamientos farmacológicos previos será cotejada con la Base de Datos del ISSUNNE)</i>
Resultados de exámenes complementarios importantes realizados luego de iniciar el tratamiento farmacológico. (IMPORTANTE: Adjunte fotocopias de los mismos)
Resultados de laboratorio
Otros estudios complementarios



**DISPOSICION N° 1381
CORRIENTES, 19 AGOSTO 2022**

Respuesta clínica esperada que fundamente el pedido de un nuevo medicamento:

Tratamiento/s farmacológico/s previamente recibido/s <i>(IMPORTANTE: Estos datos serán cotejados con la Base de Datos del ISSUNNE)</i>			
Nombre genérico	Dosis recibida	Duración del tratamiento	Resultados de estudios complementarios (Adjunte fotocopias de los mismos) y/o respuesta clínica que fundamente el pedido de un nuevo medicamento

Firma y sello del Médico Prescriptor



DISPOSICION N° 1381
CORRIENTES, 19 AGOSTO 2022

PLAN TERAPÉUTICO
Nuevo/s fármacos solicitado/s
(IMPORTANTE: Debe prescribir de acuerdo a la Ley 25.649 – Prescripción por NOMBRE GENERICO)

¹ Nombre Genérico o Denominación común internacional *DCI	Potencia (Concentración del fármaco prescripto)	² Presentación farmacéutica/Vía de administración	Dosis Diaria	Tiempo estima de tratamiento	Alternativa terapéutica

Señor profesional para completar tenga en cuenta: 1 Complete con letra de IMPRENTA y LEGIBLE
2 Aclare si la presentación es ampolla, comprimido, jarabe etc

En caso que el paciente haya presentado un evento adverso, por favor, complete la Ficha Amarilla de Farmacovigilancia (Adjunta)



**DISPOSICION N° 1381
CORRIENTES, 19 AGOSTO 2022**

Objetivo/s Terapéutico/s: *debe especificar*

a) Duración del tratamiento

b) Criterios clínicos y/o de estudios complementarios que tendrá en cuenta para evaluar el cumplimiento de objetivos).

.....
.....

.....
Firma y sello del Profesional Prescriptor

Datos de contacto: Correo electrónico:.....Teléfono:.....

Informe Técnico

Reservado Auditoría Farmacológica:

Lugar y fecha:



Datos del Paciente:

Nombre: (iniciales) Peso: Altura: Edad: Sexo: Hospitalizado (si-no)

Descripción de la reacción adversa (RAM)

Breve descripción del cuadro clínico del paciente

Exámenes complementarios relevantes (con fechas)

Condiciones médicas relevantes

Fármacos (marque con un asterisco el/los agente(s) sospecho(s))

	N.Comercial	N. Genérico	Dosis diaria	vía	comienzo	Final (fecha)	Fin terapéutico	Nº Dosis recibidas
1								
2								
3								
4								
5								

Resultado:

<input type="checkbox"/> Recuperado <input type="checkbox"/> Recuperado c/secuelas <input type="checkbox"/> No recuperado <input type="checkbox"/> Desconocido <input type="checkbox"/> Requirió o prolongó hospitalización <input type="checkbox"/> Malformación <input type="checkbox"/> Riesgo de vida <input type="checkbox"/> Fatal : fecha:	La suspensión o reducción de la dosis del medicamento sospechado causó disminución o desaparición del evento adverso? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
	La reexposición al fármaco generó la misma o similar reacción adversa? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>

Fecha Comienzo Evento

Fecha de este reporte:

Nombre Profesional _____
 Lugar de trabajo: _____
 Profesión: _____
 Dirección: _____
 Telefax: _____ e-mail _____

si no tiene fichas amarillas o no tiene tiempo de llenarlas, puede notificar las reacciones adversas a fármacos por TE al Centro Regional de Farmacovigilancia- UNNE. Tel: (03794) 432902, mail: crf-unne@med.unne.edu.ar

No llenar, uso interno

PBD	PBB	PSB	DUD	A	ATC:	E	M	Od	K	Consumidor:
					Órganos afectados:					Otros:

Nombre del paciente:indicar sólo las iniciales.

Peso:exp. En kilogramos.Considerar los decimales en los niños.

Altura: en metros, con dos decimales.Este dato tiene importancia cuando se trata de menores o en la aplicación de drogas de uso oncológico.

Edad: en años, si los afectados son niños menores de 2 años, debe expresársela en meses, añadiendo la fecha de nacimiento.Cuando se trata de malformaciones congénitas; Informar la edad y sexo del bebé en el momento de la detección.Agregue la edad de la madre.

Sexo: indique **F** si es femenino y **M** si es masculino.

Descripción del cuadro clínico:Indique la enfermedad de base y toda condición médica previa de importancia.

Descripción de la RAM(reacción adversa a medicamento): indique los signos y síntomas del evento adverso que motivó la notificación, aunque se trate de una RAM conocida es importante su notificación.

SI SE DETECTA UN EFECTO TERAPÉUTICO NO CONOCIDO HASTA LA FECHA, PUEDE CONSIGNARSE EN ESTE RENGLÓN.

En caso de tratarse de malformaciones congénitas precise el momento del embarazo en que ocurrió el impacto.

SI SE DETECTASE FALTA DE RESPUESTA TERAPÉUTICA A UN MEDICAMENTO, DEBE COMUNICARSELO COMO EVENTO ADVERSO

Fármaco: señalar en primer término la droga sospechosa, su nombre genérico (denominación común internacional) y comercial.

Notifique todos los demás fármacos administrados al paciente, incluidos los de automedicación.

Indicar la dosis diaria: En pediatría indique por Kg. de peso. Señale la vía de administración: Oral, IM, EV.

Finalidad terapéutica: indicar la causa o síntoma que motivó la medicación.

CONSIDERACIONES DE LA REACCIÓN

Resultados: Después de sucedida la reacción, cuál es el resultado final?

Marque con una cruz


Señale si la reexposición al fármaco generó la misma o similar reacción adversa.

Observaciones: Marque con una o varias cruces según las distintas situaciones.

LOS EFECTOS ADVERSOS MOTIVADOS POR ELEMENTOS DE TECNOLOGÍA (CATÉTERES Y OTROS) DEBEN SER COMUNICADOS.También los eventos producidos por hierbas, medicamentos tradicionales o medicinas alternativas.

Datos del profesional notificador: Pueden ser sólo iniciales y lo indispensable para canalizar una respuesta, si fuera necesario.

SE ACEPTAN SUGERENCIAS CON RESPECTO A ESTE PROGRAMA

	<p>CENTRO REGIONAL DE FARMACOVIGILANCIA.CRF-UNNE Universidad Nacional del Nordeste Facultad de Medicina-M.Moreno 1240-Corrientes.Tel:0379-4431902 crf-unne@med.unne.edu.ar</p>
---	---